REVISTA
CES PSICOLOGÍA

Artículo de reflexión

Salud mental positiva: entre el bienestar y el desarrollo de capacidades

Positive mental health: between well-being and capacity development

Cristóbal Ovidio Muñoz Arroyave [1] ✉ ORCID; Doris Cardona Arango [2] ORCID; Diego Alveiro Restrepo-Ochoa [3] ORCID; Ana Carolina Calvo [4] ORCID

[1] PhD. Epidemiología y Bioestadística. Docente Investigador Escuela de Graduados. Universidad CES. Medellín. Colombia.
[2] PhD. Demografía. Docente Investigador Facultad de Medicina. Universidad CES.
[3] PhD. Salud Pública. Director Académico. Universidad CES.
[4] Psicóloga. Universidad CES.

Fecha correspondencia:
Recibido: octubre 18 de 2020.
Aceptado: diciembre 17 de 2021.

Forma de citar:
Muñóz Arroyave, Cardona, D., Restrepo-Ochoa, D.A., & Calvo, A.C. (2022). Salud mental positiva: entre el bienestar y el desarrollo de capacidades. *Rev. CES Psico, 15*(2), 151-168. https://dx.doi.org/10.21615/cesp.5275

Open access
© Derecho de autor
Licencia creative commons
Ética de publicaciones
Revisión por pares
Gestión por Open Journal System
DOI: 10.21615/cesp.5275
ISSNe: 2011-3080

Publica con nosotros

Resumen

Los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud por trascender los modelos biomédicos y comportamentales para la explicación de la salud han resaltado el bienestar como elemento clave en esta tarea. La inclusión del concepto de bienestar en las definiciones de salud mental ha provocado, en muchas ocasiones, la utilización de ambos conceptos como sinónimos, sin embargo, difícilmente el bienestar por sí solo puede dar cuenta de la salud mental de una persona. Este artículo de reflexión tiene como objetivo presentar el concepto de capacidad desde el campo del desarrollo humano, como respuesta a las limitaciones que presentan los modelos de bienestar, y los aportes que tendría su utilización en la construcción de una definición de salud mental a partir del enfoque socioeconómico y en la consolidación de una estrategia de promoción de la salud mental.

Palabras clave: bienestar; bienestar psicológico; salud mental; promoción de la salud; psicología positiva.

Abstract

The efforts of the World Health Organization to transcend biomedical and behavioral explanations of health have highlighted well-being as a key element in this task. The inclusion of well-being

concept in mental health definitions has caused, on many occasions, the use of both concepts as synonyms, however, well-being cannot hardly define by its own a person's mental health. This article aims to introduce the concept of capacity from the field of human development as a response to the limitations presented by well-being models and the contributions that their implementation would have in the construction of a definition for mental health from the socioeconomic approach and consolidate a strategy to promote mental health.

Keywords: wellbeing; psychological wellbeing; mental health; health promotion; positive psychology.

Introducción

Dos concepciones han dominado la construcción del conocimiento científico en el campo de la salud mental: la biomédica, que comprende la enfermedad como producto de factores anatómicos, fisiológicos o externos al sujeto que afectan el funcionamiento orgánico; y, la comportamental, que centra la atención sobre los factores de riesgo y los modos en que las personas se exponen a estos (Barry & Jenkins, 2007).

A partir de la concepción biomédica se han adelantado múltiples estudios sobre prevalencias, incidencias y causalidad que han permitido identificar la naturaleza, estimar frecuencias y establecer factores asociados a la enfermedad y los trastornos mentales; de otro lado, investigaciones sobre factores de riesgo, han descrito y caracterizado al sujeto que enferma mentalmente, lo que ha posibilitado la prevención, atención y mitigación de las enfermedades y trastornos mentales (American Psychiatric Association (APA), 1994; Aparicio, 2012; Derevensky & Gupta, 2000; Donas, 2001; Hutsebaut et al., 2013).

No obstante, desde su fundación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y enfatizó en la necesidad de trascender su visión limitada como ausencia de enfermedad o minusvalía; impulsando de esta manera una noción integral de salud (OMS, s.f).

Esta idea fue reforzada años más tarde, en 1962, por la Federación Mundial para la Salud Mental, que definió la salud como "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes" (Arceo et al., 2006). Posteriormente, en la declaración final de la primera reunión de la OMS sobre promoción de la salud realizada en Ottawa, se afirmó que la salud es un recurso de la vida cotidiana, subrayando la importancia de los recursos sociales, personales y las capacidades físicas del individuo (OMS, 1986). Y en el Informe compendiado sobre promoción de la salud mental del 2004, la OMS reconoció la importancia de trascender los modelos tradicionales en la comprensión de la salud mental y resaltó el bienestar subjetivo como elemento clave en esta tarea (European Comission, 2005; OMS, 2005; WHO European Ministerial Conference on Mental Health & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2005).

En la actualidad, se observa claramente la influencia del concepto de bienestar en la definición de salud mental dada por la OMS: estado de bienestar en el que el individuo consciente de sus capacidades afronta las tensiones normales de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y realiza contribuciones a su comunidad (OMS, 2018).

La inclusión del concepto de bienestar para definir salud mental ha provocado que, en muchas ocasiones, se consideren estos conceptos, bienestar y salud mental, como sinónimos, sin embargo, difícilmente el bienestar por sí solo puede dar cuenta de la salud mental de una persona. La OMS (2004) reconoce este hecho cuando plantea como objetivos de la estrategia de promoción de la salud mental, el desarrollo de capacidades individuales, el mejoramiento de la situación socioeconómica y la transformación de las condiciones de vida como base para garantizar la salud de las poblaciones.

El interés por el análisis de las estructuras y modelos sociales y su relación con la salud permite la emergencia del tercer enfoque comprensivo en salud mental: el socioeconómico. Según este enfoque las condiciones objetivas en las que se encuentra la persona son causa y no consecuencia de sus modos subjetivos de ser y de pensar, por lo que la salud mental esta necesariamente relacionada con los contextos en los que se desarrolla la vida del individuo.

La reflexión que se expone en este artículo parte de los fundamentos políticos que dieron origen a la utilización del concepto de bienestar en el campo de la salud y presenta los tres modelos del bienestar utilizados en salud mental, en la actualidad, con sus respectivos componentes. Se detalla la trayectoria que ha conllevado el concepto de bienestar, que pasa de señalar las condiciones objetivas externas al individuo como elementos claves en su definición, a una sobreestimación de las percepciones subjetivas presente en la actualidad. Como respuesta a las limitaciones que presentan los modelos de bienestar, el presente artículo de reflexión tiene como objetivo presentar el concepto de capacidad desde el campo del desarrollo humano; además, presentar los posibles aportes que tendría su utilización en la construcción de una definición de salud mental desde el enfoque socioeconómico y en la consolidación de una estrategia de promoción de la salud mental.

El Bienestar como concepto político

El Estado de Bienestar es un concepto político que se refiere a una forma de gobierno en la cual el Estado se hace cargo de los servicios y derechos de la población considerada humilde o empobrecida (Costante, 2005; Salazar, 2005). Como tal, responde a las necesidades de la población en materia de sanidad, educación, vivienda, empleo, pensión de vejez y servicios públicos en un ambiente democrático y equitativo en la repartición de las riquezas, lo que se estima da como resultado una percepción de bienestar social en la población (Farge, 2007; Salazar, 2005).

La idea de un Estado de Bienestar aparece a mediados del siglo XIX cuando distintos grupos sociales empezaron a luchar por el reconocimiento de sus derechos a nivel internacional, sin embargo, es en el siglo XX, a partir de eventos como la Gran Depresión de 1929 o las épocas de posguerra, cuando surge la necesidad del Estado como proveedor de ciertos servicios y asistencia a sectores humildes o desfavorecidos de la sociedad (Barroso & Castro, 2011). Así, el posicionamiento de la postura intervencionista del Estado se da a partir de 1945 cuando la mayoría de países capitalistas optan por la doctrina del Report Beveridge que busco afrontar las circunstancias de la guerra y las desigualdades sociales con una doble redistribución de la renta que actuase sobre la seguridad social y otras subvenciones estatales (Llanos, 2013), y por la política económica keynesiana que intentaba paliar, a través del Estado, los efectos de la depresión actuando sobre la demanda mediante políticas públicas orientadas a lograr el pleno empleo y la estabilidad de precios (Barroso & Castro, 2011; Costante, 2005; Ros, 2012).

En el marco de estas formas de gobierno se crea la OMS y se fundamenta el discurso institucional sobre la salud como una necesidad básica y de interés público, determinada por condiciones socio históricas, ambientales y económicas que obligan a la prestación estatal de servicios; y se instituye en gran parte la salud como derecho (Gómez-Arias, 2010).

Una de las consecuencias de los Estados de Bienestar sobre las concepciones de bienestar es establecer como condición primordial la satisfacción de necesidades mediante la adquisición de bienes, mercancías o recursos que las personas alcancen a controlar; de ahí que sean reconocidas como teorías objetivas del bienestar (Gómez-Arias, 2010). De este modo, se genera una relación entre los activos que poseen las personas, los ingresos que devengan, el gasto que realizan, el consumo de bienes y servicios, y su nivel de bienestar (Albán & Rendón, 2005).

De las teorías objetivas a la percepción subjetiva del Bienestar

Dentro de los primeros trabajos que intentan definir las fuentes del bienestar se encuentran, en 1961, los de E. Cummings y W. E. Henry, quienes en su teoría de la desvinculación afirman que el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o "desvinculación" recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen; y para explicar este fenómeno recurren a variables psicológicas y se centran en las fuentes de bienestar del individuo (García, 2003; Rizo, 2007).

Posteriormente, en 1965, Cantril identifica el bienestar con la satisfacción personal producto de la evaluación de los factores contextuales con los que interactúa el individuo (Neri, 2002; Oramas et al., 2006). De otro lado, Bradburn y Caplovitz (1969, citado en Oramas et al., 2006) construyeron un enfoque de bienestar basado en la disposición de ánimo y afecto–felicidad, entendida esta última como el equilibrio positivo entre las experiencias buenas y malas que afronta el individuo.

Sin embargo, van a ser Campbell, Converse y Rodgers (1976) en su obra 'La Calidad de Vida Americana', quienes fundan el discurso actual sobre bienestar, al relacionarlo directamente con la calidad de vida y señalar dos dimensiones en la percepción del mismo: la cognitiva y valorativa, que apunta a los niveles de satisfacción; y la dimensión afectiva, que concentra el equilibrio entre las emociones positivas y negativas.

La relación del bienestar con la calidad de vida va a traer una división entre el punto de vista objetivo del bienestar humano, que hace referencia a categorías de corte sociológico como: condiciones de vida, modo de vida, desarrollo económico y nivel de vida; y el concepto de bienestar subjetivo, en el que se incluye la vivencia individual, que se determina no solo por estar bien, sino por sentirse bien (Urzúa & Caqueo-Urízar, 2012).

Sosteniendo esta división entre el carácter objetivo y el subjetivo del bienestar, Andrews y Withey (1976) definen el bienestar subjetivo tomando en cuenta aspectos afectivos y cognitivos: El componente afectivo comprende el plano correspondiente al agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes; y el componente cognitivo, −la satisfacción con la vida−, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, y su rango oscila desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso.

Más tarde, Veenhoven (2001) puntualiza que el bienestar subjetivo corresponde al grado en que un individuo juzga su vida "como un todo" en términos positivos, es decir, la medida en que un sujeto se encuentra a gusto con la vida que lleva. Según este autor, el individuo realiza esta evaluación a partir de dos elementos: sus pensamientos y sus afectos, y determina el grado de bienestar en su vida de acuerdo con que tan estable es, si perdura en diferentes momentos y logra impregnar varias esferas de la vida global.

Lo anterior permite sostener que el bienestar subjetivo incluye dos factores: un factor afectivo, determinado por el balance emocional que realiza una persona, como conjunto de emociones negativas y positivas; y un factor cognitivo, relacionado con los juicios que hacen las personas sobre la satisfacción con la vida en varios dominios: pareja, trabajo, ingresos, vivienda, entre otros (Diener et al., 1995; Diener & Diener, 1995; Diener & Fujita, 1995; Diener & Larsen, 1993).

Del Bienestar subjetivo al Bienestar psicológico y social

Como se mencionó, el bienestar subjetivo es una categoría que se viene estudiando desde la década de los 70, relacionada con las condiciones de vida y los sentimientos de satisfacción de las personas frente a sus experiencias cotidianas. Esta es una visión amplia, que incluye tanto las emociones de las personas, como la percepción de satisfacción con ciertos dominios de la vida y los juicios sobre la satisfacción (Díaz, 2001). Centrada sobre la hipótesis de que la vida del ser humano está motivada por el logro de la felicidad y dirigida a la consecución del máximo beneficio en todos los ámbitos de la existencia, en el campo de la filosofía, a esta visión se le

conoce como la tradición hedónica, dado que entiende el bienestar como el placer y la felicidad que resulta de experimentar vivencias positivas y la minimización de la frecuencia de las negativas (Vásquez et al., 2009).

Diener (2000) afirma que el bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas, y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que alcanzan cuando evalúan su existencia. Y, además, señala que al estado en el que las personas experimentan más emociones agradables que desagradables, están comprometidas en actividades interesantes y están satisfechas con sus vidas comúnmente se le denomina “felicidad”.

No obstante, autores como Frede (1993) señalan que considerar la satisfacción y la felicidad para determinar el bienestar supone la idea de un ser humano en continua búsqueda por sacar beneficios de todas sus acciones, dejando de lado aquellas posturas que han entendido la felicidad como una virtud o gracia. Apoyados en la obra “Ética a Nicómaco” en la que Aristóteles exhorta a los hombres a vivir de acuerdo con su daimon, y de este modo desarrollar las propias potencialidades, se promueve el uso de la concepción eudaimónica en el estudio del bienestar, que consiste en el desarrollo del pleno potencial humano, es decir, en la autorrealización entendida como el desarrollo de las capacidades, metas y aspiraciones que el sujeto presenta en congruencia con sus valores (Vásquez et al., 2009). De allí se deriva el concepto de bienestar psicológico que hace referencia al funcionamiento positivo de las personas y a un llamado a considerar el individuo de manera integral, incluyendo nociones como: autorrealización, desarrollo humano y la búsqueda continúa por potenciar las capacidades humanas (Romero et al., 2007; Vásquez et al., 2009).

El bienestar psicológico es definido por Carol Ryff como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, que produce mayor cantidad de emociones positivas o de placer y durante el cual el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo. Para sostener esta tesis parte de tres principios que explican el funcionamiento psicológico humano: el primero, que la salud mental consiste en la búsqueda continua de la realización del verdadero potencial de la persona; el segundo, que la salud positiva y la salud negativa son dimensiones independientes, y que la salud positiva incluye los componentes físicos y mentales, y las relaciones entre estos componentes; y, tercero, que la salud mental positiva es un proceso dinámico y multidimensional que fluctúa de acuerdo al proceso evolutivo de las personas (Ryff & Essex, 1992; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1998).

La dominancia del bienestar subjetivo y psicológico en el campo de la salud y posteriormente en el de la salud mental, fueron encubando la idea de un sujeto aislado del medio, suspendido en el vacío, cuya satisfacción, felicidad y crecimiento personal se produce al margen de las condiciones sociales en las que se desenvuelve su existencia (Blanco & Valera, 2007). No obstante, las teorías del conocimiento social (Rodrigo, 1985), los nuevos movimientos sociales y las compresiones sobre la subjetividad (De Sousa, 2001), presentan la idea un sujeto

sociohistórico, insertado en una red de relaciones interpersonales e intergrupales cuyas experiencias vitales no son ajenas a los acontecimientos del mundo que lo rodea (De Sousa, 2001; Keyes et al., 2002; Rodrigo, 1985; Vásquez et al., 2009).

Partiendo de la tesis de que los sujetos valoran las circunstancias y el funcionamiento que sostienen dentro de la sociedad, Keyes (2002) asume el concepto de bienestar social para expresar la medida en que el contexto social y cultural es percibido como entorno nutriente y satisfactorio; elementos que además de afectar la percepción de satisfacción individual, a la vez sirven como criterios para juzgar el estado de salud de otras personas. El bienestar social es sencillamente la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad (Keyes, 2002, 2004, 2005, 2007).

Modelos del Bienestar

Bienestar subjetivo

Para Diener (1994, 2000) es posible identificar dos categorías en el estudio del bienestar subjetivo: la primera, describe el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos, lo que es relativo a la satisfacción con la vida; y la segunda categoría, valora la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos, y define la felicidad como la resultante del juicio global que hacen las personas al comparar sus sentimientos positivos con los negativos (García, 2002).

A su vez, el autor desglosa el bienestar subjetivo en tres dimensiones (Figura 1). La primera se refiere a la valoración positiva que el sujeto hace sobre su vida. La segunda se enfoca en la influencia de los afectos positivos sobre los negativos, y la tercera tiene que ver con la perspectiva de "bien como la posesión de una cualidad deseable" más que con la idea de "bien-estar" (Diener et al., 1999).

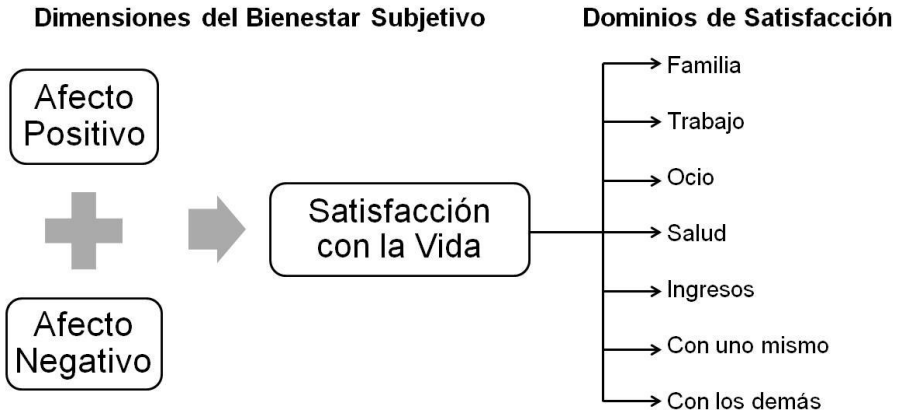

Figura 1. Componentes del bienestar subjetivo según Diener, Suh, Lucas y Smith (1999).

Bienestar psicológico

Desde la tradición eudaimónica, surge el concepto de bienestar psicológico definido en términos del desarrollo del potencial humano, a partir del cual el bienestar es el resultado de una vida "bien vivida" más que un motivo de vida (Ryff, 1989, 1995; Ryff & Singer, 2008). Esta perspectiva trasciende el ideal del bienestar subjetivo, dado que, aunque incluye aspectos cognitivos y afectivos, va más allá de la reacción emocional inmediata ante las experiencias de vida, y relaciona el "sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano" con las dimensiones física, psíquica y social del funcionamiento humano (García-Viniegras & López-González, 2003).

Con esta idea, Ryff propone un modelo multidimensional de bienestar psicológico, al que denominó "Integrated Model of Personal Develoment" (Modelo Integrado de Desarrollo Personal), en el que vincula teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y el ciclo vital; y destaca que el bienestar no es estático, sino que puede variar según la edad, el sexo y la cultura (Romero et al., 2009; Ryff & Keyes, 1995). Este modelo se compone de seis dimensiones (Tabla 1) que apuntan a la aceptación de sí mismo, el crecimiento personal y la adaptación e integración al ambiente social: autoaceptación, crecimiento personal, sentido/propósito en la vida, relaciones positivas con los otros, autonomía y control sobre el entorno (Ryff, 1995).

Tabla 1. Dimensiones del Modelo Integrado de Desarrollo Personal de Carol Ryff.

Dimensiones	Definición
Autoaceptación	Actitud positiva hacia uno mismo; Acepta aspectos positivos y negativos; Valoración positiva del pasado.
Crecimiento Personal	Sensación de desarrollo continúo; Se ve a sí mismo en progreso; Abierto a nuevas experiencias; Capaz de apreciar mejoras personales.
Propósito en la vida	Objetivos en la vida; Sensación de llevar un rumbo; Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido.
Relaciones Positivas con los otros	Relaciones estrechas y cálidas con otros; Le preocupa el bienestar de los demás; Capacidad de empatía, afecto e intimidad.
Autonomía	Capaz de resistir presiones sociales; Es independiente y tiene determinación; Regula su conducta desde dentro; Se autoevalúa con sus propios criterios.
Control sobre el entorno	Sensación de control y competencia; Control de actividades; Saca provecho de oportunidades; Capacidad para crear o elegir contextos.

Fuente: Construcción propia.

Bienestar social

Además de las teorías del bienestar –subjetivo y psicológico– que, desde los enfoques hedónico y eudaimónico, son de corte individualista pese a asociarse a aspectos sociales, relacionales y comunitarios, surge el planteamiento de Coray Keyes (1998) con el concepto de bienestar social, definido a partir de la valoración de dominios propios del funcionamiento social, compuesto por cinco dimensiones (Tabla 2): coherencia social, integración social, contribución social, actualización social y aceptación social (Blanco & Díaz, 2005; Keyes, 1998).

Tabla 2. Dimensiones del bienestar social de Coray Keyes.

Dimensiones	Definición
Coherencia Social	Interés por la sociedad y por la vida social. Percibir que el mundo social tiene lógica y es coherente y predecible.
Integración Social	Sentirse parte de la sociedad y sentirse apoyado con elementos a compartir
Contribución Social	Percepción de que uno contribuye con algo valioso para la sociedad en general
Actualización Social	Tener la sensación de que la sociedad es un marco que crece y se desarrolla permitiendo además el crecimiento y la actualización personal.
Aceptación Social	Tener actitudes benévolas y positivas hacia la gente. Sentir que el mundo no es un lugar hostil y cruel.

Fuente: construcción propia.

Como se puede observar son tres enfoques los que dominan el estudio del bienestar y se constituyen en los más utilizados por investigadores y académicos de la salud mental, ya sea para la realización de ejercicios de revisión, investigaciones o diseño de estrategias de intervención; aunque no se puede desconocer que la principal característica de cada uno de estos enfoques es la preocupación por la construcción de instrumentos de medición (Blanco & Díaz, 2005; León & Jiménez, 2013; Ryff & Keyes, 1995), que han sido utilizados ya sea para medir bienestar o en muchas ocasiones para dar cuenta de la salud mental.

Salud mental más allá del Bienestar

El bienestar, como componente fundamental de la salud mental, ha estado presente de manera continua en las definiciones propuestas por la OMS, sin embargo, en su informe sobre promoción de la salud mental del año 2004, alude a diferentes modelos en salud mental que no recurren al concepto de bienestar: el modelo de salud mental positiva de Jahoda, la salud mental basada en los tipos de personalidad, el modelo salutogénico, la resiliencia, la orientación psicoanalítica y la calidad de vida, como enfoques que permiten aproximarse al campo de la salud mental en su acepción positiva (OMS, 2004).

En la misma línea de no reducir la salud mental al bienestar, está la reconocida propuesta de Vaillant (2012), quien identifica, además del bienestar subjetivo, seis elementos contemplados por diversos clínicos en la conceptualización y determinación de la salud mental: la Escala de Evaluación de la Actividad Global del DSM-IV, la presencia de múltiples fortalezas humanas, la madurez entendida como la capacidad que va desarrollando el individuo para la aceptación del destino impuesto por el tiempo, el dominio de las emociones positivas, la inteligencia socio-emocional y la capacidad de recuperación.

Finalmente, Muñoz, Restrepo y Cardona (2016), tras una revisión sistemática de estudios empíricos en el campo de la salud mental positiva (SMP), identifican cinco perspectivas o constructos que sirven como marco teórico a las investigaciones sobre salud mental: a) la ausencia de enfermedad como indicador de SMP; b) el modelo de Jahoda y su consecuente operacionalización con c) la Escala de salud mental positiva de Lluch; d) el modelo de bienestar subjetivo, y la integración de los enfoques de bienestar emocional, psicológico y social, y, finalmente, d) un creciente interés por construir modelos y diseñar escalas adecuadas a realidades contextuadas que se alejen de los modelos de bienestar y respondan a las diferencias políticas, económicas, culturales e incluso subjetivas que recrean la condición del ser humano y de las sociedades donde habita.

Salud mental desde el enfoque de las capacidades

La comprensión de la salud mental desde el enfoque socioeconómico se ha constituido en una base para su intervención, ya que permite reconocerla como un campo teórico-político en construcción, determinado histórica y socialmente, entrelazado con las condiciones del Estado, e interdisciplinariamente construido sobre preguntas, prácticas y problemas. En esta línea, la OPS (2009) señala que la intervención en salud mental requiere un marco especial que incluya como aspecto central la economía política y las estructuras sociales, teniendo en cuenta las políticas, aspectos económicos y procedimientos del sector salud.

De este modo, interdisciplinariedad e intersectorialidad se constituyen en elementos claves del enfoque socioeconómico en salud mental y, necesariamente, implican recurrir al desarrollo humano entendido como el campo de conocimiento que se ocupa de la reflexión de los elementos necesarios para que una persona pueda desarrollar sus cualidades y capacidades, sin ningún tipo de discriminación.

Amartya Sen (1996), como teórico del desarrollo humano, presenta una nueva perspectiva para pensar el modo como los seres humanos estructuran propósitos de vida, definen valores, se relacionan con el bienestar y establecen relaciones públicas y privadas; sustentada sobre tres categorías fundamentales: funcionamientos, capacidades y agencia. Para Sen (2000), la vida de una persona puede definirse como un conjunto de quehaceres y seres a los cuales denomina “funcionamientos”, aquellas cosas que las personas logran ser o hacer al vivir, y que varían desde aspectos tan básicos como alimentarse y estar libre de enfermedades, hasta los más

complejos como el respeto por sí mismo, la participación en la vida de la comunidad, la preservación de la dignidad humana, entre otros. La noción de capacidades le permite ocuparse del valor de las posibilidades que tienen las personas para lograr funcionamientos valiosos en la vida y por tanto constituye un aspecto fundamental de su libertad para llevar una determinada clase de vida. Finalmente, con la noción de agencia, hace alusión a la libertad que tienen las personas para definir sus propias metas, valores y objetivos, tomar decisiones y elegir por sí mismas las características básicas de la vida que tiene razones para valorar.

Interesa particularmente centrar la atención sobre el concepto de capacidades por tres razones: la primera, tiene que ver con el reconocimiento de autores que con anterioridad se han enfocado en este concepto para realizar sus aproximaciones a la salud mental. Entre ellos: Bermann et al., (1973), quienes afirman que la salud mental consiste en la capacidad para aprehender la realidad y transformarla a través del enfrentamiento, gestión y solución integradora de conflictos; Pichón Riviere (1981, citado en Cazau, 2009), quien señala que la salud mental es la capacidad del individuo para mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas y con el contexto social; y Fierro (2004), quien concibe la salud mental como la capacidad de cuidado de sí mismo en orden a una experiencia apetecible de la vida, en otras palabras, la capacidad de auto procurarse vivencias satisfactorias. Este interés pone en escena que salud mental no es sinónimo de bienestar, tal como se advierte en la definición de la OMS (2018):

> La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo (párr. 3).

La segunda razón responde a la idea de que las capacidades no dependen exclusivamente del individuo, y que su desarrollo se relaciona con el papel que cumplen las oportunidades y condiciones sociales, es decir, las circunstancias personales, económicas, culturales, históricas, institucionales, entre otras; las cuales se entrelazan de manera interdependiente para el logro de funcionamientos valiosos en la vida. Este asunto es fundamental para la comprensión de la salud mental desde el enfoque socioeconómico y la cristalización de estrategias de promoción de la salud mental orientadas a crear entornos y condiciones de vida que permiten a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental (OMS, 2018).

La tercera razón, radica en la connotación de futuro que enmarca el concepto de capacidad. Se refiere a lo que el sujeto sería capaz de realizar y por consiguiente implica pensar en elecciones, decisiones, desarrollo y libertad. Conceptos necesarios en la construcción de una definición de

salud mental que se aleja de los enfoques biomédicos y comportamentales al reconocer al ser humano como sujeto activo, construido socialmente, con capacidad de transformación, y en continua relación de interdependencia con los contextos en los que desarrolla su vida cotidiana. Nussbaum (2012) manifiesta que eligió el concepto de capacidad en su teoría de desarrollo humano para representar las combinaciones alternativas que una persona puede hacer o ser, los distintos funcionamientos que puede lograr en el desarrollo de la vida que desea vivir; es decir, las capacidades se refieren a las posibilidades que tienen las personas para lograr funcionamientos valiosos en la vida y, por tanto, constituye un aspecto fundamental de la libertad que tienen para llevar una determinada clase de vida.

Conclusiones

La construcción de un concepto de salud ha contribuido al creciente auge y desarrollo de los estudios acerca del bienestar. En la búsqueda del aspecto positivo de la salud, más allá de la ausencia de la enfermedad, la categoría del bienestar se hace necesaria para abordar el factor psicológico influyente en el estado de salud y en la viabilidad de las estrategias de prevención y promoción de esta.

La trayectoria del concepto de bienestar en el campo de la salud permite reconocer dos momentos; el primero, en el cual la fundamentación política sirvió como marco para el desarrollo de los Estados de bienestar y la maximización de condiciones objetivas necesarias para garantizar la calidad de vida; el segundo momento, en el que se reconocen indicadores subjetivos como elementos necesarios en la configuración de la experiencia de bienestar.

En el campo de la salud mental, en la actualidad, coexisten tres modelos de bienestar que responden a la manera como se entiende el ser humano y cómo éste enfrenta las vicisitudes de la vida: el bienestar subjetivo, que se sostiene sobre la idea de un ser humano hedónico que busca el placer y evita experiencias dolorosas; el bienestar psicológico, que concibe un ser humano en continuo proceso de desarrollo y potencialización; y el bienestar social, que reconoce al sujeto determinado por contextos de interacción históricos, sociales y culturales, que se adapta, integra y actualiza continuamente.

Estos modelos de bienestar han sido de vital importancia para el desarrollo de los enfoques biomédicos y comportamentales, su comprensión de la salud mental como enfermedad mental y su intervención centrada en modelos higiénico-preventistas. No obstante, con la consolidación del enfoque socioeconómico en salud mental, se reconoce y valora la importancia que tiene la construcción de una definición de salud mental que se aleje del concepto de trastorno, y la necesidad de desarrollar estrategias de intervención centradas en la promoción de la salud mental.

El enfoque de capacidades abre la posibilidad de pensar la salud mental más allá de los modelos de bienestar, estableciendo una discusión en torno a términos como oportunidades sociales,

marcos de referencia, elección, libertad y decisiones, que llevan implícitas unas lógicas comprensivas y valorativas diferentes.

La preocupación por las capacidades en la comprensión de la salud mental no es reciente, sin embargo, la hegemonía de los modelos de bienestar ha llevado casi a dar por hecho que salud mental es solo bienestar. El enfoque de desarrollo humano centrado en las capacidades se constituye en una oportunidad de retroalimentar el enfoque socioeconómico y centrar la reflexión no solo sobre el listado de capacidades que se requieren para lograr funcionamientos valiosos en la vida, sino también, y quizás lo más importante, pensar los modos como las personas logran consolidarlas y hacer uso de ellas.

Conflicto de interés

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

Albán, A., & Rendón, J. (2005). La corriente objetiva y la corriente subjetiva: Un debate entre economía política y simplemente economía. Una perspectiva crítica. *Entramado*, *1*(2), 48-66. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265420471006

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.

Andrews, F., & Withey, S. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality* (1st ed.). Plenum. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2253-5

Aparicio, E. (2012). *Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia* (1st ed.). Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Arango, Y. (2008). Referentes sociohistóricos latinoamericanos: Contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, *34*(1). https://www.redalyc.org/pdf/214/21420865017.pdf

Arceo, G., Castillo, R., & Iuit, J. (2006). *Promoción y difusión de la Salud Mental Positiva dentro del medio universitario a través de un Sitio Web. Memorias del Primer Encuentro Virtual Internacional de Psicólogos Navegantes*. Asociación Oaxaqueña de Psicología.

Barroso, M., & Castro, N. (2011). Estado del Bienestar y Crisis Económica: Una revisión bibliográfica. *Universidad de Huelva*, 29. https://portal.uah.es/portal/page/portal/epd2_asignaturas/asig200025/informacion_academica/Estado%20de%20bienestar%20y%20crisis.pdf

Barry, M., & Jenkins, R. (2007). *Implementing Mental Health Promotion*. Elsevier Health Sciences.

Bermann, S., Moreno, I., Tisminetzky, M., & Voloschin, C. (1973). La enseñanza en la higiene mental en la carrera de Psicología. *Revista de Psicología*, *6*, 11-17. https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.892/pr.892.pdf

Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, *17*(4), 582-589. https://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf

Blanco, A., & Valera, S. (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En A. Blanco & J. Rodríguez (Eds.), *Intervención Psicosocial* (pp. 5-44). Pearson Educación.

Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*. Russell Sage Foundation.

Cazau, P. (2009). Salud Mental. En *Diccionario de Psicología Social (Pichón Riviere)* (p. 58). https://psicuagtab.files.wordpress.com/2012/06/diccionario-en-psicologc3ada-social.pdf

Costante, L. (2005). ¿De qué hablamos cuando hablamos del estado de bienestar? *Lecciones y Ensayos*, *81*, 133-167. http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/lye/revistas/81/de-que-hablamos-cuando-hablamos-del-estado-de-bienestar.pdf

De Sousa, B. (2001). Los nuevos movimientos sociales. *Debates, OSAL*, 177-188. http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Los_nuevos_movimientos_sociales_OSAL2001.PDF

Derevensky, J., & Gupta, R. (2000). Prevalence Estimates of Adolescent Gambling: A Comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 Questions. *Journal of Gambling Studies*, *16*(2), 227-251. https://doi.org/10.1023/A:1009485031719

Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *17*(6), 572-579. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600011

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, *31*(2), 103-157. https://doi.org/10.1007/BF01207052

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, *55*(1), 34-43. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34

Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*(4), 653-663. https://doi.org/10.1037//0022-3514.68.4.653

Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(5), 851-864. https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.5.851

Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*(5), 926-935. https://doi.org/10.1037//0022-3514.68.5.926

Diener, E., & Larsen, R. (1993). The experience of emotional well-being. En M. Lewis & J. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 405-415). Guilford Press.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276-302. https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276

Donas, S. (2001). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Libro Universitario Regional. https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf

European Comission. (2005). *GREEN PAPER- Improving the mental health of the population Towards a strategy on mental health for the European Union*. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

Farge, C. (2007). El Estado de bienestar. *Enfoques: revista de la Universidad Adventista del Plata*, *19*(1-2), 45-54. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3183498

Fierro, A. (2004). *Salud mental, personalidad sana, madurez personal. Mental Health and healthy personality*. 16. https://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_mental_personalidad_sana_madurez_personal.pdf

Frede, M. (1993). La doctrina estoica de los afectos del alma. En M. Schofield & G. Striker (Eds.), *Las normas de la naturaleza. Estudios De ética Helenística* (pp. 100-119). Manantial.

García, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, *6*, 18-39. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=281674

García, M. (2003). Aspectos Psicosociales del Envejecimiento. *Diagnóstico*, *42*(2). http://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/43-46.html

García-Viniegras, C., & López-González, V. (2003). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *2*(7), 21. http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/664

Gómez-Arias, R. (2010). La noción de salud, un concepto en expansión. *Revista Itaes*, *12*(2).

Hutsebaut, J., Feenstra, D., & Luyten, P. (2013). Personality disorders in adolescence: Label or opportunity? - PsycNET. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *20*(4), 445-451. https://doi.org/10.1111/cpsp.12052

Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, *61*(2), 121-140. https://doi.org/10.2307/2787065

Keyes, C. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207-222. https://doi.org/10.2307/3090197

Keyes, C. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging & Mental Health*, *8*(3), 266-274. https://doi.org/10.1080/13607860410001669804

Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. - PsycNET. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539-548. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539

Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, *62*(2), 95-108. https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95

Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 1007-1022. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12051575/

León, R., & Jiménez, A. (2013). El bienestar subjetivo en colectivos vulnerables: El caso de los refugiados en España. *Revista de Investigación en Psicología Social*, *1*(1), 67-84. http://sportsem.uv.es/j_sports_and_em/index.php/rips/article/view/36

Llanos, C. (2013). Seguridad social, empleo y propiedad privada en William Beveridge. *Historia Crítica*, *51*, 223-246. https://doi.org/10.7440/histcrit51.2013.10

Muñoz, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *39*(3), 166-173. https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n3/166-173/es/#

Neri, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Hacia una psicología positiva ; en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *34*(1-2), 55-74. https://www.redalyc.org/pdf/805/80534205.pdf

Nussbaum, M., & Mosquera, A. (2012). *Crear capacidades: Propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.

Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, *7*(1-2), 34-39. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst06106.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. https://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos. Evidencia Emergente. Práctica. Informe Compendiado*. OMS. https://www.alansaludmental.com/promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/documentos-oms-sobre-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. https://www.comminit.com/la/content/carta-de-bangkok-para-la-promoci%C3%B3n-de-la-salud-en-un-mundo-globalizado

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta* [Organización Mundial de la Salud - OMS. Nota descriptiva]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f). *Preguntas más frecuentes*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). *Salud Mental en la Comunidad* (2.ª ed.). Organización Panamericana de la Salud.

Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *30*(2), 202-211. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2012000200009&script=sci_abstract&tlng=es

Rizo, A. (2007). Tercera Edad: Diferentes percepciones y necesidad de relaciones basadas en una nueva Ética Social. *Kairos: Revista de temas sociales*, *20*, 14. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2509375

Rodrigo, M. (1985). Implicit theories in social knowledge. *Journal for the Study of Education and Development*, *8*(31-32), 145-156. https://doi.org/10.1080/02103702.1985.10822089

Romero, A., Brustad, R., & García, A. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, *2*(2), 31-52. https://www.redalyc.org/pdf/3111/311126258003.pdf

Romero, A., García-Mas, A., & Brustad, R. (2009). Estado del Arte, y Perspectiva Actual del Concepto de Bienestar Psicológico en Psicología del Deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *41*(2), 335-347. https://digscholarship.unco.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=sesfacpub

Ros, J. (2012). La Teoría General de Keynes y la macroeconomía moderna. *Investigación Económica*, *LXXI*(279), 19-37. https://www.redalyc.org/pdf/601/60123307002.pdf

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, *4*(4), 99-104. https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395

Ryff, C., & Essex, M. (1992). The interpretation of life experience and well-being: The sample case of relocation. *Psychology and Aging*, *7*(4), 507-517. https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.4.507

Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719-727. https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719

Ryff, C., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, *9*(1), 1-28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1

Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, *9*(1), 13-39. https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0

Salazar, S. (2005). La configuración del Estado de Bienestar. Elementos constitutivos. *Reflexión Política*, *7*(14), 126-140. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11001410

Sen, A. (1996). Capacidad y bienestar. En M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *La calidad de vida* (pp. 54-83). Fondo de Cultura Económica.

Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, *55*, 14-20. https://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf

Urzúa, A., & Caqueo-Urízar, A. (2012). Quality of life: A theoretical review. *Terapia psicológica*, *30*(1), 61-71. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006

Vaillant, G. (2012). Salud mental positiva: ¿hay una definición intercultural? *World Psychiatry*, *10*(2), 93-99. http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/World-Psychiatry-Spanish-Edition-2012-2.pdf#page=31

Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud = Annuary of Clinical and Health Psychology*, *5*, 15-28. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3328166

Veenhoven, R. (2001). Calidad de vida y felicidad: No es exactamento lo mismo. *Fundación Humanismo y Ciencia, Archivo de La Felicidad*, 33. https://repub.eur.nl/pub/8770/

WHO European Ministerial Conference on Mental Health & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2005). *Mental health action plan for Europe: Facing the challenges, building solutions: First WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland 12-15 January 2005* (EUR/04/5047810/7; p. 12). WHO Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/handle/10665/107627